FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 19 Juillet 1904, à 1 heure

PAR

Henri TICHET

REMARQUES SUR

LA RÉTRACTION

DE

L'Aponévrose Palmaire

CHEZ LES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX

Président : M. JOFFROY, *professeur*

Juges : MM. GILBERT, *professeur*
VAQUEZ et DUPRÉ, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
H. JOUVE
15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND TILLAUX.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BEZANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef des travaux anat.)	
DUPRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON VÉNÉRÉ PÈRE

A MA BONNE ET TENDRE MÈRE

A MES FRÈRES BIEN AIMÉS

A MA BIEN CHÈRE SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

Professeur à la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

REMARQUES SUR LA RÉTRACTION

DE

L'Aponévrose Palmaire

Chez les Paralytiques Généraux.

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion de rencontrer, chez un malade de notre clientèle, un cas de rétraction bilatérale de l'aponévrose palmaire. Ce malade, dont nous rapportons plus loin l'observation (Obs. I) était atteint de paralysie générale au début. Il a été depuis enfermé dans un asile où ce diagnostic a été amplement confirmé.

Nous avons été frappé, en voyant ce malade, de la coexistence des deux affections, et nous nous sommes demandé s'il y avait lieu de les rattacher l'une à l'autre. Les modifications de l'aponévrose palmaire étaient-elles dues à une altération des centres nerveux, altération déjà manifestée par la méningo-encéphalite diffuse? La rétraction de l'aponévrose palmaire était-

elle due au contraire à une simple coïncidence sans rapport direct avec la paralysie générale ?

Ou bien, troisième hypothèse, la rétraction de l'aponévrose palmaire et la paralysie générale étaient-elles les effets différents d'une même cause ?

Toutes ces questions nous ont paru intéressantes à résoudre. Nous avons essayé de le faire en étudiant de plus près ce qui avait été fait sur ce point spécial de la pathologie. Il nous était difficile en effet de réunir dans notre clientèle particulière de nombreuses observations de ce genre. Car si la maladie de Dupuytren est du domaine de la pathologie courante, la paralysie générale est une chose relativement rare pour le praticien. Les paralytiques généraux sont ordinairement conduits à des médecins aliénistes. Chaque fois qu'il nous a été donné d'en observer, il s'agissait, comme dans le cas qui nous intéresse, d'un paralytique général au début, malade que l'on amène à la consultation et qui disparaît sans que l'on ait pu suivre chez lui les diverses étapes de son mal.

La grande rareté pour nous de cette observation nous a conduit à en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Nous nous sommes efforcé de connaître ce qui avait été écrit par les auteurs sur la rétraction de l'aponévrose palmaire, sur ses causes, sa fréquence et sur son existence possible dans la paralysie générale.

Sur ce dernier point nous avons mis à contribution

l'expérience personnelle de plusieurs de nos amis ayant fréquenté des asiles d'aliénés et qui ont bien voulu nous donner les renseignements provenant de leur pratique journalière.

De plus nous avons à remercier ici tout particulièrement M. le Dr Vernet, médecin adjoint à l'asile de Moulins ; M. le Dr Nolé, médecin à l'asile de Saint-Alban (Lozère).

M. le Dr Vigouroux, médecin de l'asile de Vaucluse, a bien voulu nous faire connaître son opinion sur ce point et nous fournir les renseignements les plus nombreux et les plus détaillés sur les malades de son service. Nous avons pu mettre sa science d'aliéniste à contribution. Nous tenons, à l'en remercier respectueusement.

Nous avons été guidé dans notre enquête par l'observation personnelle qui fait la base de ce travail.

Nous avons envisagé successivement les points suivants :

1° Nature et causes de la maladie de Dupuytren ;

2° Son existence dans les maladies nerveuses en général ;

3° Sa signification dans les maladies nerveuses ;

4° Son existence dans la paralysie générale ;

5° Sa fréquence ;

6° Sa signification.

Et l'étude de ces points particuliers nous a permis de déduire un certain nombre de conclusions qui pensons-nous, serviront pour une faible part à éclairer la question des rapports possibles de la paralysie générale et de l'arthritisme.

M. le professeur Joffroy nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous le prions d'agréer l'expression de nos remerciements et l'hommage de notre profond respect.

CHAPITRE I

La rétraction de l'aponévrose palmaire. Ses causes.

La rétraction de l'aponévrose palmaire, encore appelée maladie de Dupuytren, a fait l'objet de nombreux travaux. Envisagée tout d'abord au seul point de vue étiologique, la rétraction de l'aponévrose palmaire a été ensuite considérée au point de vue pathogénique ; on est arrivé, enfin, à rechercher surtout les méthodes thérapeutiques chirurgicales capables de soulager les malades atteints de cette affection.

Nous ne voulons point entreprendre ici la description de la maladie de Dupuytren ; cette étude est en dehors de notre sujet. Nous n'avons pas à savoir les détails cliniques particuliers que l'on peut constater. Tout a été décrit et d'une façon très complète par les auteurs. Nous n'avons pas davantage à discuter ni à apprécier les interventions chirurgicales préconisées dans ces derniers temps.

M. Mauclaire, dans le *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, consacre à la maladie de Dupuy-

tren une excellente étude, où nous avons largement puisé.

Le seul côté qui fait pour nous l'intérêt de la question est le côté étiologique : c'est le seul que nous nous attarderons à analyser.

La maladie de Dupuytren est « caractérisée par la flexion permanente et généralement progressive de la première phalange sur le métacarpien ; de la deuxième phalange sur la première ; la dernière phalange restant dans l'extension contraste avec la flexion des autres et ne participe presque jamais à la rétraction. »

Les opinions des auteurs sur les causes de la rétraction de l'aponévrose palmaire ont été des plus variables ; on a successivement donné la première place au traumatisme, agissant localement, puis à une perturbation générale de la nutrition venant frapper secondairement l'aponévrose.

Toutes ces divergences montrent que l'étiologie de la maladie de Dupuytren est parfois peu nette.

Quoiqu'il en soit, on peut à l'heure actuelle adopter la division de M. Mauclaire dans l'article précité et reconnaître trois ordres de causes :

1° *Causes locales.— Traumatisme.*

La déformation de la main serait le résultat d'une rétraction inflammatoire de l'aponévrose.

Le traumatisme agissant d'une façon répétée tou-

jours au même endroit, déterminerait une réaction inflammatoire des tissus sous-cutanés, cellulaire et aponévrotique (Madelung, Houel, Desprès, Dupuytren).

Aussi certaines professions, menuisiers, maçons, etc., fourniraient-elles un contingent plus élevé que les autres de rétraction de l'aponévrose palmaire.

Cette origine traumatique de la maladie de Dupuytren semble aujourd'hui être à peu près complétement abandonnée. S'il est possible en effet d'admettre qu'une force traumatisante finisse peu à peu par amener une déformation, il existe nombre de faits qui obligent à modifier absolument ces notions étiologiques.

Dans une des observations que nous rapportons (Obs. II), le malade était bien un maçon, mais nous pensons cependant que la rétraction n'était pas exclusivement professionnelle.

2° *Causes générales. Dystrophie.*

Goyrand (d'Aix) ayant rencontré la rétraction de l'aponévrose palmaire chez un économe d'hôpital, dont l'occupation consistait depuis des années à des travaux de comptabilité, pensa qu'il était impossible d'incriminer le traumatisme.

On enregistra de plus certains cas où la rétraction était congénitale, d'autres où elle était héréditaire. Dans un cas de Dupuytren, la grand'mère avait présenté de la rétraction congénitale des doigts.

Il fallait voir dans ces cas l'action d'une maladie dystrophique ; d'une diathèse, et en particulier de la diathèse arthritique.

L'arthritisme est donc une grande cause de rétraction de l'aponévrose palmaire (Amat-Menjaud), nous dirions presque la principale cause, et précisément, comme nous le verrons, l'existence de la rétraction chez les paralytiques généraux nous conduit à cette conclusion.

On trouve chez des malades atteints de maladie de Dupuytren, l'arthritisme, la goutte, le diabète (1), le rhumatisme.

L'aponévrose palmaire se sclérose comme se sclérosent les artères ou les différents tissus de l'organisme. On peut trouver coexistence de la sclérodermie. Mais dans la sclérodermie « la sclérose passe « de la peau à l'aponévrose, tandis que dans la vraie « maladie de Dupuytren la sclérose procède en sens « inverse. Entre ces deux lésions il y a pourtant bien « des points communs, car quelques auteurs (2) admet- « tent que les lésions débutent par la peau » (Pl. Mauclaire).

La cause dystrophique peut être l'intoxication saturnine (3).

Pour Ricord et Richet, on pourrait y adjoindre la syphilis.

1. Viger. Thèse de Paris, 1884.
2. Pitha, Alibert, Gerdy, Malgaigne, Baum.
3. Costilhes. Thèse de Paris, 1885.

3o *Causes générales : origine nerveuse.*

La rétraction serait une trophonévrose. Il est intéressant d'étudier comment on est arrivé à donner à la maladie de Dupuytren une origine nerveuse.

Cette hypothèse repose essentiellement sur les trois points suivants :

a) *Coïncidence de la maladie de Dupuytren avec d'autres maladies nerveuses.* — Nombre d'auteurs ont été frappés de l'existence de la maladie de Dupuytren chez des malades dont le système nerveux était déjà frappé.

Coïncidence avec un mal perforant plantaire.

— l'ataxie locomotrice.

— poliomyélite antérieure (1).

— névrite du cubital (Eulenburg).

Compression du cubital dans la gouttière épitrochléenne (2).

Traumatisme de la moelle (Cardarelli).

Nous pourrions ajouter ici les cas où l'on rencontre la rétraction de l'aponévrose palmaire chez les paralytiques généraux comme le fait M. Mauclaire.

Nous préférons, à dessein, les laisser de côté,

1. Bieganski. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1895, nº 31.
2. Cardarelli cité d'après la *Semaine médicale*, 1896, p. 240.

momentanément. Nous y reviendrons plus loin d'autant mieux qu'il s'agit là essentiellement du sujet de notre travail.

b) *Existence de lésions nerveuses apparentes.* — Guinebault ayant noté de l'atrophie musculaire des interosseux et des lombricaux, des troubles sensitifs, des troubles trophiques caractérisés par atrophie du derme, des glandes sudoripares, sur des mains frappées de rétraction aponévrotique, admet l'hypothèse d'une lésion du nerf cubital.

Une névrite du cubital, d'après Feindel (1), pourrait déterminer une rétraction de l'aponévrose palmaire. Il faut rattacher à ces cas le cas de Berg (2) ; un malade atteint de rétraction bilatérale de l'aponévrose palmaire est atteint d'hémorrhagie cérébrale capsulaire ; et à la suite de cet ictus la rétraction du côté paralysé diminua sensiblement.

c) *Bilatéralité de la rétraction.* — La rétraction de l'aponévrose palmaire est souvent bilatérale, et souvent on note même une symétrie parfaite quoique cela ne soit pas constant. Cette constatation de la bilatéralité est fréquente. Dans nos cinq observations, trois sont bilatérales.

Dans les douze observations rapportées par Féré et Mlle Francillon dans la *Revue de médecine* (Juin 1902) et ayant trait à des rétractions aponévrotiques chez des aliénés non paralytiques généraux, onze sont bila-

1. Feindel. *Revue de neurologie*, 1896.
2. Berg. *Archivia di ortopedia*, 1896, p. 483.

térales avec prédominance plus ou moins marquée pour un côté.

Cette double lésion écarte immédiatement l'idée d'une lésion purement locale, et on est conduit tout naturellement à admettre une altération d'un centre trophique de l'aponévrose palmaire. On en arrive à conclure à l'existence d'un centre siégeant, soit dans l'encéphale, soit dans la moelle.

Maréchal, dans une communication à la Société belge de neurologie, le 25 mars 1899, rapportait deux cas chez des diabétiques de rétraction de l'aponévrose palmaire, et il disait: « On a signalé la rétraction de l'aponévrose palmaire dans la goutte, dans le rhumatisme, le diabète, maladies par ralentissement de la nutrition. Ne semble-t-il pas que la rétraction de l'aponévrose palmaire doit appartenir au groupe des tropho-névroses attribuables, soit à une altération des rameaux nerveux périphériques, ou plutôt en raison de sa bilatéralité à une lésion des centres nerveux que peut-être les moyens d'analyse plus délicats que nous possédons pourraient déceler ».

Ajoutons à ces théories pathogéniques, la théorie d'Abbe (1), pour qui la rétraction serait d'origine réflexe ayant pour point de départ un traumatisme des nerfs de la main par irritation des plaques ner-

1. Abbe. *New-York med. Journ.*, 1884. Au cours de la discussion Weir, Post, Hamilton, Sayre, Gibney, etc., admirent cette origine nerveuse.

veuses terminales. La rétraction pourrait devenir bilatérale par voie réflexe.

Tel est le résumé étiologique de la maladie de Dupuytren La rétraction peut donc être, suivant les cas, maladie locale, maladie diathésique, maladie trophique.

Ces trois ordres de causes nous paraissent dès à présent avoir une inégale valeur. Il est sans doute possible de trouver des observations qui reconnaissent chacune assez nettement l'une ou l'autre de ces causes ; mais cela n'est pas suffisant pour donner à chaque cause la même importance. Il semble bien, par exemple, que le traumatisme joue un rôle très effacé comme cause déterminante.

Car de ce qu'un malade se traumatise quotidiennement la paume de sa main, peut-on lui refuser le droit d'être arthritique et, comme tel, soumis à une hyperplasie conjonctive ?

Au contraire, les causes relevant de la dystrophie générale nous paraissent avoir un intérérêt beaucoup plus grand, et une maladie telle que la maladie de Dupuytren rentre bien en effet par son aspect dans le cadre des maladies à nutrition ralentie comme l'arthritisme, l'obésité, le diabète, etc. La plupart des cas de rétraction de l'aponévrose palmaire pourraient rentrer dans ce chapitre étiologique (1) : nous y ferons même rentrer les cas que nous avons vus chez les paralytiques généraux.

1. Amat, Menjaud.

Est-ce à dire qu'il faille nier la possibilité d'une rétraction purement nerveuse? Nullement. Les auteurs qui se sont attachés à décrire ces cas, les ont minutieusement analysés, et leurs observations gardent le plus grand intérêt pathogénique. Elles sont bien probablement en effet d'origine nerveuse, ces rétractions que l'on a trouvées dans des cas de traumatisme de la moelle (Cardarelli); de névrite du cubital avec atrophie musculaire (Guinebault, Eulenburg, Feindel); de poliomyélite antérieure (Bieganski). Tous ces faits sont suffisamment probants.

Mais ce qui est possible, c'est que l'on ait pu dans certains cas se hâter de généraliser et de conclure prématurément en faveur de la théorie nerveuse.

La coïncidence des deux affections n'entraîne pas absolument entre elles des rapports de cause à effet. Et nous ne pensons pas nous avancer trop en disant que certains cas de maladie de Dupuytren, que l'on aurait de prime-abord tendance à imputer à la trophonévrose, ne sont que des manifestations de la diathèse arthritique.

Avant donc d'attacher une signification à la maladie de Dupuytren chez un malade atteint déjà dans son axe cérébro-spinal, il est de toute nécessité d'éliminer les autres causes, et de songer en première ligne à l'arthritisme.

Nous arrivons ainsi à nous demander dans quel chapitre étiologique il faut ranger la rétraction aponévrotique des paralytiques généraux, et nous n'aurons pour résoudre cette question qu'à nous aider des notions précédemment acquises.

CHAPITRE II

La rétraction de l'aponévrose palmaire chez les paralytiques généraux.

Sa fréquence

La maladie de Dupuytren a été remarquée, chez un paralytique général, pour la première fois par M. Régis. L'observation que nous rapportons d'ailleurs plus loin, et qui présente le plus grand intérêt au point de vue pathogénique a été publiée dans la *Gazette médicale de Paris*, en 1887.

On trouve pourtant dans le *Progrès médical* de 1886, une observation de Souza-Leite, de rétraction de l'aponévrose palmaire chez un arthritique, où on lit cette phrase : « Nous espérons pouvoir donner un cas de rétraction de l'aponévrose palmaire chez un paralytique général » ; mais le sujet n'est pas abordé davantage et l'observation manque (1).

Depuis cette époque, il semble que les auteurs

1. Souza-Leite. *Progrès méd.* 1886.

aient peu remarqué la coïncidence de ces deux affections. Faut-il en déduire que la rencontre fortuite des deux maladies soit une rareté, ou faut-il interpréter différemment ce manque de renseignements ?

Le paralytique général, en effet, une fois admis à l'asile, prend place dans sa division respective suivant son état mental, et suivant son état de gâtisme. Souvent il demeure là à peu près ignoré pendant des mois ; sans doute on suit pas à pas l'aggravation de son mal ; sans doute on assiste journellement à sa déchéance intellectuelle, mais on peut laisser passer quelques phénomènes physiques inaperçus tels que les cas de maladie de Dupuytren par exemple.

Cependant il nous semble que les auteurs ont à ce sujet une divergence d'opinion assez notable pour être signalée.

M. Féré, médecin à l'hospice de Bicêtre, a publié à plusieurs reprises des articles sur la rétraction de l'aponévrose palmaire. Ces études nous ont été du plus grand secours ; nous nous sommes aidé de ces notes très fréquemment dans le cours de ce travail. Nous publions même parmi nos observations deux cas de rétraction chez des paralytiques dus à M. Féré et à M^lle^ Francillon.

Ayant à résoudre cette question de fréquence de la rétraction palmaire chez les paralytiques généraux, nous citerons en première ligne l'opinion de M. Féré.

En effet, il était pour nous d'une difficulté presque insurmontable d'avoir une opinion personnelle sur ce point. Si dans le cours de notre pratique, déjà vieille

de neuf années, il nous a été donné de rencontrer quelques paralytiques généraux, nous n'avons par contre rencontré qu'une seule fois chez eux la maladie de Dupuytren. Mais de ce fait il nous était interdit de conclure, notre compétence étant sur ce point absolument insuffisante.

Pour arriver à préciser ce point, nous nous sommes livré à une consciencieuse enquête faite dans des asiles et c'est le résultat de cette enquête que nous allons sommairement exposer.

M. Féré et Mlle Francillon dans la *Revue de chirurgie* du 19 juin 1902 écrivent :

« On a remarqué la fréquence de la rétraction de l'aponévrose palmaire dans des états pathologiques où les troubles trophiques tiennent une place importante : le rhumatisme, l'herpétisme, la goutte, le diabète ; on les trouve aussi dans des névropathies : l'ataxie locomotrice, la paralysie générale, l'hystérie, l'épilepsie ».

Ces auteurs ajoutent plus loin : « Notre attention avait été appelée sur cette question par plusieurs cas de rétraction de l'aponévrose palmaire observés chez des paralytiques généraux. Depuis le commencement de l'année 1897, on avait observé six cas de rétraction bilatérale et un cas de rétraction unilatérale ».

Il paraît donc par ce premier aperçu que la rétraction palmaire ne soit pas absolument rare chez les paralytiques. Bien qu'ignorant le nombre de paralytiques généraux hospitalisés à Bicêtre, ces six cas

de rétraction palmaire tendent à nous prouver la fréquence relative des deux affections coexistantes.

« La rétraction de l'aponévrose palmaire (toujours d'après les auteurs précédents), est plus fréquente chez nos délirants chroniques que chez les paralytiques généraux. Nous trouvons chez les délirants cinq cas de rétraction pour 35 sujets, tandis que chez les paralytiques il n'y en a que 2 sur 38. La proportion est de 14,28 o/o chez les délirants, et de 5,26 o/o chez les paralytiques généraux ».

« L'existence de la maladie de Dupuytren chez 2 déments sur 18 indique encore une proportion assez élevée de 11, 11 o/o.

« Chez les épileptiques, on en rencontre 2 exemples dans un mémoire antérieur de l'un de nous (1). Ces deux cas étaient les seuls qui se soient trouvés en même temps dans un service comprenant constamment plus de 100 épileptiques. Nous en trouvons actuellement 1 sur 15. Cette dernière proportion est sans doute exceptionnelle .

« Chez les imbéciles que leur oisiveté exonère des causes provocatrices généralement incriminées, la rétraction de l'aponévrose palmaire se rencontre pourtant. Nous en trouvons 3 cas sur 69, soit 4, 34 p. 100 .

« En somme, sur 226 malades réunis au hasard de l'admission dans un service d'aliénés, nous trouvons 14 cas de rétraction de l'aponévrose palmaire c'est-à-

1. Féré. *Revue de chirurgie*, 1897. Note sur la rétraction de l'aponévrose palmaire.

dire une proportion de 6,19, p. 100. Cette proportion relative à la totalité des aliénés est supérieure à celle que nous avons relevée précédemment chez les paralytiques généraux : 5,16 p. 100, considérés isolément ».

Si nous avons cité longuement le relevé des cas publiés par M. Féré et Mlle Francillon, c'est pour montrer avec quel soin ces auteurs ont étudié et recherché la maladie de Dupuytren chez leurs aliénés. Nous n'avons pas à nous occuper, en effet, de la fréquence de la rétraction palmaire chez les déments, les épileptiques et les dégénérés. Seul le pourcentage des paralytiques généraux nous intéresse. Or, nous le voyons, la proportion serait de 5,16 p. 100 chez ces derniers.

Cette proportion, la seule qui ait jamais été donnée, a été acceptée d'abord par nous comme absolument réelle et non comme due au hasard d'une série heureuse.

Partant de ce chiffre comme base, nous avons alors entrepris nos recherches.

Les résultats que nous avons obtenus nous ont paru être en contradiction assez manifeste avec ceux de M. Féré et Mlle Francillon. Nous les donnons tels que nous avons pu nous les procurer, tout en faisant remarquer encore l'impossibilité qu'il y avait pour nous de nous faire une opinion rigoureusement personnelle sur ce point.

M. le Dr Christian, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton, section des hommes, a

observé, depuis plus de vingt ans, peut-être de 800 à 1000 paralytiques généraux. Chez tous ces paralytiques, il a remarqué une seule fois un cas de rétraction bilatérale de l'aponévrose palmaire.

Actuellement, sur une trentaine de paralytiques généraux internés à Charenton, aucun d'eux ne présente des traces de brides fibreuses dans les mains.

M. Vigouroux, médecin en chef à l'asile de Vaucluse, nous a communiqué avec sa bienveillance habituelle les chiffres suivants :

1° En 1902, il est entré à Vaucluse, dans son service, 371 malades, dont 104 paralytiques généraux.

Un seul paralytique général, F..., sellier, dont nous rapportons plus loin l'observation, était atteint de rétraction de l'aponévrose palmaire à droite.

On trouvait en plus deux autres cas de maladie de Dupuytren chez un alcoolique chronique, et chez un dément.

2° En 1903, il est entré 271 malades, dont 66 paralytiques généraux.

On ne trouve aucune trace de rétraction palmaire chez les paralytiques généraux ; on en constate un cas chez un dément.

3° En 1904, depuis le commencement de l'année jusqu'à mai dernier, il est entré 155 malades, dont 50 paralytiques généraux.

Pas un seul cas de rétraction de l'aponévrose palmaire.

Nous avons pu passer en revue par nous-même les paralytiques actuellement présents dans le service du

Dr Vigouroux. Il y en a 80. Sur chacun nous avons examiné les aponévroses palmaires avec le plus grand soin ; chez aucun d'eux nous n'avons trouvé rien qui puisse faire soupçonner un début de maladie de Dupuytren.

M. Régis, de Bordeaux, a signalé, en 1887, un cas de maladie de Dupuytren chez un paralytique. Depuis cette date, il n'a rien publié sur ce sujet. M. Régis écrivait alors à la fin de cette observation (Obs. IV) :

« Sans aller jusqu'à l'admettre, nous nous bornerons à conclure, des particularités saillantes de cette observation, à la réalité d'une parenté morbide déjà admise dans une certaine mesure et que de *nouveaux faits* ne manqueront certainement pas de confirmer et d'élucider de plus en plus ».

M. le Dr Régis qui posait déjà nettement en 1887 les termes du problème n'a apporté depuis aucun fait à l'appui de cette si intéressante hypothèse. Pourquoi ne l'a-t-il pas fait ? N'est-ce pas simplement pour ce motif bien simple que les hasards de la clinique ne lui ont livré aucune observation nouvelle.

Nous avons lu les travaux inspirés par lui, et notamment deux thèses de ses élèves, l'une du Dr Queneudec (1) : *Contribution à l'étude des fractures spontanées en général et en particulier dans la paralysie générale* ; l'autre du Dr Guérard (2) : *Con-*

1. Queneudec. Th. Bordeaux, 1901. *Contribution à l'étude des fractures spontanées en général et en particulier dans la paralysie générale.*

2. Th. Bordeaux, 1903.

tribution à l'étude des altérations dentaires dans la paralysie générale.

Bien que ces thèses fussent en dehors de notre question proprement dite, nous y avons trouvé cependant des indications sur la manière d'envisager les troubles trophiques dans la paralysie générale.

Nulle part nous n'avons trouvé une allusion à la rétraction palmaire chez les paralytiques généraux.

M. le Dr Gilbert Petit, médecin en chef de l'asile Sainte-Catherine de Moulins (Allier), à qui nous avons demandé son avis, a bien voulu nous répondre avec sa haute compétence en médecine mentale : En 20 ans d'asile, il n'a jamais constaté un seul cas de rétraction de l'aponévrose palmaire chez les paralytiques généraux.

A l'époque où parut l'intéressant article de M. Féré et de Mlle Francillon, son étonnement fut grand en face du pourcentage indiqué par ces auteurs.

Nous avons fait appel aux connaissances de notre jeune et savant confrère, le Dr Vernet, médecin-adjoint à l'asile de Moulins. Il nous a dit n'avoir jamais vu, lors de son internat à Blois, à l'asile d'aliénés, un seul cas de maladie de Dupuytren chez les paralytiques. Il faut ajouter que le nombre des paralytiques généraux était assez restreint, de 6 à 10 environ. Il nous a dit en avoir rencontré un seul exemple chez un dément alcoolique.

Enfin notre très distingué collègue et ami, M. le Dr Nolé, médecin directeur de l'asile de Saint-Alban (Lozère), à qui nous avons posé la même question, a

bien voulu nous répondre : « Pour moi le cas est tellement rare que je ne me souviens pas en avoir jamais observé ».

Nous n'avons pas la prétention d'avoir par cette enquête sommaire et forcément incomplète, définitivement jugé la question. Nous avons essayé, par ces chiffres, de rassembler quelques éléments qui pourront aider à fixer plus tard ce point particulier de la pathologie mentale.

En effet, nous nous trouvons en présence de deux solutions assez éloignées l'une de l'autre. D'un côté M. Féré et Mlle Francillon accusent un pourcentage de 5,16 p. 100 chez leurs paralytiques ; de l'autre le nombre est loin d'atteindre le précédent.

Il nous est difficile d'établir une proportion et de donner un pourcentage, même approximatif, parce que nous n'avons obtenu aucun nombre précis relatif à la totalité des paralytiques généraux vus par les médecins que nous avons interrogés.

M. le docteur Vigouroux a vu 220 paralytiques en trois ans. M. Dr Christian, en sa pratique de 20 ans en a peut-être examiné 900 ; M. le Dr Gilbert Petit, M. le docteur Nolé, M. le Dr Vernet, ne nous ont donné aucun chiffre.

En nous basant simplement sur les chiffres recueillis à Vaucluse et à Charenton, et en y joignant le cas de M. le docteur Régis, nous trouvons 1120 paralytiques généraux, avec trois cas seulement de rétrac-

1. Guérard. Th. Bordeaux, 1903. *Contribution à l'étude des altérations dentaires de la paralysie générale.*

tion de l'aponévrose palmaire. Nous répétons encore qu'il ne faut tirer de ces chiffres aucune conclusion, parce qu'ils n'ont pas la précision nécessaire et exigible pour faire une statistique

Ce que l'on peut dire seulement, c'est que la proportion de 3 pour 1120 est certainement encore trop élevée, car il faudrait y joindre les malades de M. le docteur Nolé et de M. le docteur Gilbert Petit.

Nous sommes donc bien loin de la proportion indiquée par M. Feré et Mlle Francillon de 5, 16 p. 100.

Que faut-il conclure de cette divergence si grande des opinions ?

Certes on peut admettre que malgré le soin minutieux que l'on prend à examiner chaque jour ces malades, certains phénomènes secondaires comme la maladie de Dupuytren puissent passer inaperçus. Mais cette concession faite, ne parviendrait pas cependant à rapprocher les deux opinions.

Il est probable que M. Féré et Mlle Francillon ont dû, au moment de leurs recherches, se trouver en présence de cette chose bizarre, mais si commune et qu'on appelle en pathologie « *une série* ». Là est la seule explication à peu près satisfaisante de cette diversité de vues.

Pour nous qui, nous le déclarons, sommes incompétent à porter un jugement définitif en médecine mentale, nous nous appuyons sur les chiffres qui nous ont été fournis et nous croyons pouvoir dire que la rétraction de l'aponévrose palmaire chez les paralytiques généraux est presqu'une rareté.

CHAPITRE III

Comment faut-il interpréter les cas de rétraction de l'aponévrose palmaire chez les paralytiques généraux ?

En terminant notre premier chapitre, nous nous demandions dans laquelle des trois divisions étiologiques il fallait ranger la rétraction palmaire des paralytiques généraux. Est-ce une rétraction traumatique, dystrophique ou nerveuse ?

Nous venons de voir combien peu nombreux sont les cas de maladie de Dupuytren chez les paralytiques généraux. La coïncidence de ces deux affections a été peu souvent remarquée, puisque nous n'avons pu trouver que trois observations publiées en France (1 de M. Régis et 2 de M. Féré et Mlle Francillon). Ces auteurs ont successivement posé les termes du problème, et ont essayé de le résoudre, se demandant avant nous, comment il fallait interpréter les cas de rétraction de l'aponévrose palmaire chez les paralytiques généraux.

Exposons donc leurs opinions ?

M. Féré a publié plusieurs notes sur la rétraction

de l'aponévrose palmaire, et avant le dernier mémoire avec Mlle Francillon, qui date de juin 1902, nous trouvons une note de 1897 et une de 1899, parues dans la *Revue de Chirurgie*. A plusieurs reprises, M. Féré a tâché, dans ces notes, d'établir la pathogénie de la maladie de Dupuytren :

« Plusieurs caractères cliniques de la rétraction de l'aponévrose palmaire paraissent indiquer une origine trophonévrotique. On peut citer la symétrie.

... « S'agit-il d'un phénomène contemporain d'un phénomène subordonné ? L'étude de la fréquence relative de la rétraction de l'aponévrose palmaire chez les paralytiques généraux et chez les autres aliénés pourra servir à éclairer le point en litige (1) ».

Antérieurement (2) M. Féré avait encore écrit : « Un des caractères les plus fréquents de la rétraction de l'aponévrose palmaire est la symétrie, ce qui est en faveur d'un état constitutionnel prédisposant et relègue au second plan les traumatismes et les agents extérieurs ».

A propos d'un cas chez un épileptique : « Dans ce dernier cas la rétraction est bornée au pouce. Cette localisation exceptionnelle dans une région peu exposée aux pressions directes, paraît favorable à l'hypothèse d'un trouble trophique ; il y a d'ailleurs symétrie ».

Etudiant un cas de rétraction simultanée de l'apo-

1. Féré et Francillon. *Revue de Chirurgie*, juin 1902.
2. Féré. *Revue de Chirurgie*. 1897.

névrose plantaire et de l'aponévrose palmaire, M. Féré (1) remarque :

« La coïncidence de la rétraction de l'aponévrose palmaire et de l'aponévrose plantaire chez un sujet atteint de tares nerveuses avec hérédité chargée, est propre à éclairer la nature trophique de la rétraction de l'aponévrose palmaire et à exclure l'action du traumatisme ».

« La rétraction de l'aponévrose plantaire se développant spontanément et coïncidant avec la rétraction de l'aponévrose palmaire présente un intérêt particulier, parce qu'elle montre que sa genèse peut être liée à un trouble général de la nutrition ».

Ailleurs, M. Féré note en passant la possibilité d'une disposition congénitale : « L'existence d'une disposition morphologique prédisposante est d'autant plus acceptable que la rétraction de l'aponévrose palmaire peut être congénitale, familiale, héréditaire, à la manière des affections liées à des malformations tératologiques (2) ».

« Le début précoce de la rétraction de l'aponévrose palmaire est rare, mais pas inconnu. Dupuytren a observé la rétraction de l'aponévrose palmaire congénitale chez un enfant de six ans. Dans d'autres cas de Adam et d'Abbe (3), elle existait à la naissance.

1. Féré. *Revue de Chirurgie*, 1899.

2. Féré. *La famille névropathique*, 1894. *Malformation et prédisposition morbide*, 1896.

3. R. Abbe. *The surgery of the hand. New-York, med Journ.* janvier 1894.

Sa précocité peut faire rapprocher la rétraction de l'aponévrose palmaire de la camptodactylie qui constitue un stigmate organique de neuro-arthritisme. Nous sommes amené à penser que la rétraction de l'aponévrose palmaire n'est, chez les paralytiques généraux, comme dans les autres groupes d'aliénés, qu'une manifestation commune d'une tare anatomique congénitale » (1).

M. Féré, en écrivant ce qui précède, n'avait pas exclusivement en vue la rétraction palmaire chez les paralytiques. Il envisageait de plus haut la question, et considérait surtout la maladie de Dupuytren chez les aliénés de quelque nature qu'ils soient. Mais ses remarques n'en gardent pas moins toute leur valeur.

Il semble que M. Féré insiste sur la nature trophique de cette rétraction, se basant sur la localisation parfois exceptionnelle de brides fibreuses, sur la symétrie des lésions, sur la coexistence avec une rétraction plantaire, sur les antécédents névropathique très lourdement chargés de ses malades. Ce trouble trophique, probablement favorisé par une prédisposition anatomique congénitale, est-il en relation directe avec la paralysie générale ?

« Dans un cas, dit M. Féré, la rétraction palmaire était antérieure aux autres troubles, elle n'était pas sous la dépendance de la paralysie générale ». Puis, faisant allusion aux observations rapportées dans le

1. Féré et Francillon. *Revue de Chirurgie*, juin 1902.

courant de son travail : « Les faits qui sont encore actuellement soumis à notre observation et que nous faisons figurer dans notre recensement sont-ils susceptibles de la même interprétation ? »... « S'agit-il d'un phénomène contemporain ou subordonné ? » (1)

Dans leur mémoire M. Féré et Mlle Francillon ne donnent donc pas une opinion définitive sur ce point. Ils tendraient pourtant à en faire deux affections indépendantes, la rétraction palmaire étant due à un état constitutionnel non défini. Nous avons tenu à transcrire ici leurs propres expressions, pour nous garder de dénaturer leur pensée par des commentaires inutiles.

Pour M. Mauclaire (2), il semble qu'il y aurait un centre trophique, soit médullaire, soit cérébral, agissant sur la nutrition de l'aponévrose palmaire. Telle est pour lui la définition de la théorie nerveuse pathogénique de la maladie de Dupuytren envisagée dans certains cas. Et cette pathogénie serait celle des rétractions aponévrotiques chez les paralytiques généraux :

Pour Maréchal (3), cette théorie serait également vraisemblable, puisqu'il dit : « Ne semble-t-il pas que la rétraction de l'aponévrose palmaire doit appartenir au groupe des tropho-névroses attribuables, soit à une altération des rameaux nerveux périphériques ou plutôt, en raison de sa bilatéralité, une lésion des

1. Féré, Francillon, *loc. cit.*
2. Mauclaire. *Rétract. apon. palmaire.* Le Dentu, Delbet.
3. Maréchal. *J. de neurologie,* 1899.

centres nerveux que peut-être les moyens d'analyse plus délicats que nous possédons pourraient déceler ».

Donc, ici encore, la névrite périphérique jouerait un rôle important. La maladie de Dupuytren chez les paralytiques généraux serait, ou plus exactement pourrait être un trouble trophique.

A côté de ces interprétations que nous pourrions appeler les interprétations nerveuses, se range l'opinion de M. Régis, de Bordeaux.

M. Régis rapportait au Congrès de Toulouse (1887), l'observation d'un paralytique général ayant de la rétraction de l'aponévrose palmaire (Obs. IV), et il faisait précéder cette observation des lignes suivantes, qui ne laissent aucun doute sur son interprétation pathogénique des faits : « La maladie de Dupuytren, considérée tout d'abord comme d'origine purement locale et traumatique, tend à être regardée aujourd'hui comme la manifestation d'un état général, qui serait presque toujours l'arthritisme. C'est l'avis du Dr Costilhes, et plus encore celui de M. Ch. Amat, qui a cité une intéressante observation à l'appui de cette opinion. Voici un fait qui ne peut laisser non plus aucun doute à cet égard. Il offre ceci de particulier qu'il a trait à un sujet atteint de paralysie générale, coïncidence qui n'a pas encore été signalée, croyons-nous, jusqu'à ce jour ».

Pour M. Régis, la rétraction palmaire chez un paralytique général est due à l'arthritisme.

De toutes ces opinions chacune a pour elle l'autorité de son auteur.

Sans émettre la prétention de trancher définitivement cette question si complexe de la pathogénie, nous pensons que l'on devrait peut-être interpréter les faits dans le sens de M. le Dr Régis.

Sans doute à première vue en se trouvant en face d'une rétraction palmaire coexistant avec une méningo-encéphalite, l'esprit est porté vers l'idée d'une manifestation nerveuse. On se reporte malgré soi aux paroles de Lancereaux, qui veut une origine nerveuse probable à la rétraction palmaire, la sclérose semblant relever d'un état pathogénique du système nerveux.

Dans cette hypothèse la rétraction de l'aponévrose palmaire serait analogue à la sclérodermie, à la trophonévrose de la face, et l'influence nutritive du système nerveux profondément troublé agirait à distance sur l'aponévrose palmaire comme elle semble le faire sur les articulations dans les arthropathies d'origine nerveuse, et comme elle le fait sur la peau dans la sclérodermie et dans le mal perforant plantaire. Une observation de Dreyfus-Brissac, où la rétraction chez un diabétique coïncidait avec un mal perforant plantaire, nous paraît des plus intéressantes à ce sujet (Costilhes).

Cette influence du système nerveux, pour Noble-Smith, est probable. Elle paraît se manifester par le phénomène suivant :

Il aurait constaté dans 45 cas de maladies de Dupuytren la rétraction du tendon du muscle long palmaire, ce qui indiquerait une névrite d'une branche

du médian avec rétraction tendineuse consécutive.

Malgré cela, les altérations du système nerveux qui ont déterminé le syndrome de la paralysie générale nous paraissent sans action directe avec la maladie de Dupuytren.

A quel moment en effet est apparue la rétraction aponévrotique ?

Il est difficile de faire préciser à un malade déjà délirant la date de sa rétraction ; pourtant dans nos observations nous avons trouvé quelques renseignements intéressants.

Dans l'observation I, le premier symptôme apprécié par l'entourage du malade est l'embarras de la parole qui remonterait à 3 mois.

Or, la main droite aurait été frappée la première, 4 ans auparavant ; la main gauche 2 ans seulement.

Dans l'observation II, L..., présente une rétraction double et symétrique dont il pense être atteint depuis 20 ans. Sa femme,qui connaît ses antécédents à cet égard, confirme absolument son dire.

Dans l'observation III, H..., examiné, présentait à son entrée de la rétraction de l'aponévrose palmaire à gauche, qu'il ignorait d'ailleurs complétement. Actuellement il est convaincu qu'elle s'est développée comme celle de la main droite depuis qu'il travaille au chantier.

Dans l'observation IV, R..., présente dans la paume de la main droite des brides saillantes qui ont assez fortement rétracté l'annulaire. Ces brides qui datent d'une dizaine d'années sont très limitées et depuis

longtemps n'ont subi aucune modification appréciable.

Dans l'observation V, la date de l'apparition de la maladie de Dupuytren n'est pas précisée.

Enfin Féré fait allusion, dans la *Revue de Chirurgie*, à un malade paralytique général atteint de rétraction palmaire : « Il avait assez bonne mémoire, et racontait que sa déformation de la paume de la main, qui n'existait que du côté droit, remontait au moins à 3 ans ».

Dans tous les cas donc, nous constatons nettement que la maladie de Dupuytren a débuté longtemps avant la paralysie générale. On trouve jusqu'à 20 ans entre les deux maladies.

C'est là un fait précis et important. Il n'avait pas d'ailleurs échappé à M. Féré et Mlle Francillon qui y insistent. « Depuis le commencement de 1897 on avait observé 6 cas de rétraction bilatérale et un cas de rétraction unilatérale. Chez *tous* les malades l'affection des mains avait commencé avant l'apparition des signes évidents de la paralysie générale ». « La rétraction palmaire était antérieure aux autres troubles ».

Et à propos de leurs 2 observations, ces auteurs ajoutent : « Chez le premier malade la lésion palmaire avait commencé longtemps avant ces troubles nerveux ; chez le second le début de la rétraction était déjà apparent à gauche à son entrée : elle s'est développée depuis, mais avant tout autre trouble trophique important ».

Enfin : « Rappelons qu'en général la rétraction de

l'aponévrose palmaire se montre chez les paralytiques avant l'apparition des troubles trophiques qui leur sont propres ».

Si, par son apparition antérieure à la paralysie générale, la rétraction palmaire peut être considérée comme étant indépendante, peut-on, d'autre part, tirer un argument de la bilatéralité et de la symétrie?

Une lésion bilatérale et symétrique est bien le propre en effet d'une lésion centrale, que celle-ci soit encéphalique ou médullaire. Les auteurs ont beaucoup insisté sur ce point pour mettre le système nerveux en cause. Or, chez nos paralytiques généraux, la rétraction est-elle symétrique et bilatérale ? Nullement d'une façon constante.

Dans l'observation I, la rétraction est bilatérale et symétrique.

Dans l'observation II, elle est double et symétrique, avec prédominance à droite.

Dans l'observation III, elle est double, mais très prédominante à gauche.

Dans l'observation IV, elle est unilatérale à droite.

Dans l'observation V elle est unilatérale à droite.

Enfin, sur les six malades auxquels M. Féré fait allusion dans la *Revue de Chirurgie* de 1902, il trouve six cas de rétraction bilatérale et un cas de rétraction unilatérale.

Nous tenant seulement aux cinq observations que nous rapportons, nous trouvons trois rétractions bilatérales, dont deux symétriques, et deux rétractions unilatérales.

Il ne paraît donc pas que la bilatéralité et la symétrie soient constantes ; mais il est évident que des recherches demanderaient à être faites pour compléter ces notions.

Tous ces faits viennent donc corroborer l'opinion que la maladie de Dupuytren, survenant chez un paralytique général, est absolument indépendante, et évolue pour son propre compte. Les auteurs qui ont eu à émettre leur avis sur ce point sont d'ailleurs presque tous d'accord.

Pourquoi la maladie de Dupuytren serait-elle liée en quoi que ce soit à la paralysie générale ? On ne voit pas bien l'enchaînement des faits.

Serait-ce un trouble trophique ? Serait-ce la conséquence d'une névrite périphérique ?

Les névrites périphériques sont rares dans la paralysie générale, et peut-être le chapitre des troubles trophiques est-il lui-même trop complet.

Nous n'avons pas à discuter ici la trophicité dans la paralysie générale. Les opinions les plus contradictoires ont été émises. Dans un excellent travail paru dans les *Archives de Neurologie*, 1898, M. Cololian décrit tous les troubles trophiques les plus nombreux et les plus variables. M. Hérissey, dans sa thèse inaugurale, 1903, en fait également une revue très complète. Par contre, M. Ballet dans le *Traité de médecine* dit que les troubles trophiques sont exceptionnels dans la paralysie générale ; et suivant M. Arnaud, au Congrès de méd. aliénistes de Toulouse en 1897 : « Tous les

troubles trophiques ont été signalés dans la paralysie générale, mais leur fréquence a été exagérée ».

La maladie de Dupuytren est donc tout a fait en dehors d'une altération trophique : elle est chez les paralytiques généraux ce qu'elle est presque toujours ailleurs, une manifestation banale de l'arthritisme.

Un malade ne devient habituellement paralytique général que de 40 à 45 ans environ. Il a vécu jusque-là de la vie de tout le monde, et comme tout le monde il a été soumis à toutes les causes d'intoxication que l'on peut supposer. Il peut avoir été un alcoolique, un arthritique, bien avant d'avoir été paralytique général. Si donc dans la suite, à l'âge moyen de la vie, on rencontre deux affections telles que la maladie de Dupuytren et la paralysie générale, on pourra très bien admettre leur indépendance.

Nous venons de dire que la rétraction palmaire chez les paralytiques, nous paraissait être une manifestation arthritique. C'est qu'en effet la plupart des auteurs (1), qui ont étudié la maladie de Dupuytren, ont presque toujours relevé des tares arthriti ques chez les individus qui en étaient porteurs.

Nous en retrouvons du reste le plus frappant exemple dans quelques-unes de nos observations.

Des cinq cas que nous citons, il nous faut retirer les observations II, III, dues à M. Féré, et l'observation V, due à M. Vigouroux. Dans ces observations

1. Amat, Menjaud.

en effet, l'enquête n'a pas porté sur les symptômes possibles d'arthritisme.

Nous n'en ferons pas état, tout en faisant une réserve sur leur existence possible.

Par contre, dans les deux autres, les signes de la diathèse arthritique abondent :

Dans l'observation I, qui nous est personnelle, notre malade est variqueux ; il a de l'artério-sclérose très appréciable ; on constate chez lui une petite plaque d'eczéma, et enfin il souffre assez souvent de très douloureuses névralgies faciales. Toutes ces manifestations relèvent de ce que M. Bouchard appelle les maladies à ralentissement de mutations nutritives, et cela au moins d'une façon suffisante pour que nous classions notre malade comme arthritique.

L'observation IV due à M. Régis constitue un exemple remarquable de l'origine goutteuse de la maladie de Dupuytren. Le père est mort d'une attaque de paralysie à 45 ans. Il était sujet à des poussées congestives, il était hémorrhoïdaire.

Le frère est arthritique, goutteux. Lui-même est sujet à des crises hémorrhoïdaires. Il est goutteux avéré. Il est sujet à de grandes sueurs profuses du thorax, et à des poussées congestives du côté du poumon.

Ces deux malades (I et IV) sont des types d'arthritiques. Ils sont devenus par la suite des paralytiques généraux, sans perdre pour cela leur origine première. Et comme arthritiques on peut leur appliquer la phrase de Hanot. « On relève chez eux un état

constitutionnel caractérisé en autres éléments constitutifs par une viciation ordinairement congénitale et héréditaire de la nutrition du tissu conjonctif et de ses dérivés qui deviennent des tissus de moindre résistance ». La vulnérabilité du tissu conjonctif avec tendance à l'hyperplasie, à la transformation fibreuse, à la rétraction fibreuse, explique la fréquence des sclé-roses viscérales : l'arthritisme exerce une véritable influence sclérogène (Legendre).

De toutes ces considérations, il ne nous paraît pas impossible de conclure que la rétraction palmaire qu'ils ont présentée n'avait avec leur paralysie générale que des rapports de coexistence. Ils étaient à la fois arthritiques et paralytiques généraux.

CHAPITRE IV

De l'arthritisme dans la paralysie générale.

Nous venons de dire en terminant le précédent chapitre que les malades porteurs de rétraction palmaire et atteints de paralysie générale étaient à la fois arthritiques et paralytiques généraux.

Une nouvelle et dernière question se présente alors à l'esprit. N'y a-t-il pas de relations entre l'arthritisme et la paralysie générale? En d'autres termes peut-on aller jusqu'à dire : ces malades étaient en même temps arthritiques et paralytiques généraux, mais ils étaient paralytiques généraux parce qu'arthritiques ?

M. Régis, à la suite de son observation de rétraction palmaire chez un paralytique écrivait :

« Voici un malade atteint de goutte au pied droit, puis de rétraction palmaire de la main droite, enfin de paralysie de l'œil droit. Atteint bientôt après de paralysie générale, il présente des attaques épileptiformes à convulsions localisées dans le côté droit, précédées et suivies de sueurs profuses et de con-

gestion pulmonaire identiques à celles qui relevaient exclusivement autrefois de son arthritisme. Il est impossible de ne pas voir dans cette succession de phénomènes, en particulier dans la réunion chronologique et la localisation des deux ordres de symptômes dans un même côté du corps, une connexion allant presque jusqu'à la fusion entre les manifestations goutteuses et celles de la maladie cérébrale. On en arrive ainsi à se demander si cette dernière n'a pas été produite ou simplement favorisée par la diathèse préexistante, toute autre cause, y compris la syphilis, paraissant faire défaut. Bien des raisons sembleraient rendre cette hypothèse au moins plausible. Sans aller jusqu'à l'admettre, nous nous bornerons à conclure des particularités saillantes de cette observation à la réalité d'une parenté morbide déjà admise dans une certaine mesure et que de nouveaux faits ne manqueront pas certainement de confirmer (1).

Ce que M. Régis écrivait il y a 17 ans résumait tout le problème des rapports de l'arthritisme et de la paralysie générale.

De multiples et intéressants travaux ont paru sur cette question. Nous en donnons un rapide aperçu.

Dans une thèse importante Huyghe en 1890 (2),

1. Régis. *Mal. de Dupuytren. Paralysie générale. Gaz. méd. de Paris*, 1887, n° 49.

2. Huyghe. Rapports de l'arthritisme et de la paralysie générale. Paris, 1890.

traite des rapports de l'arthritisme et de la paralysie générale.

Les modifications du système nerveux dues à l'arthritisme relèvent de deux causes : soit d'une intoxication lente et répétée, soit d'une pertubation notable de la circulation sanguine.

Ces altérations du cerveau se traduisent alors, soit par de simples changements passagers survenus dans le caractère de l'individu, soit par la production de véritables névroses, soit même, bien que plus rarement, par la production de maladies organiques.

L'arthritique est prédisposé aux bouffées congestives du côté du cerveau ; c'est celui-ci qui est le plus atteint. Les vaisseaux cérébraux s'épaississent plus que les autres, et la gangue conjonctive qui se forme autour d'eux envahit profondément la névroglie. Il est inutile de dire que quand l'arthritisme en est arrivé à cette période il finit par engendrer des affections nerveuses qui ne semblent pourtant avoir aucun rapport avec lui, telle la paralysie générale.

D'autre part les arthritiques sont des dyspeptiques, leurs digestions sont mauvaises, la constipation est de règle chez eux. Aussi ce sont des gens qui s'intoxiquent sans cesse. Et de plus leur foie et leurs reins fonctionnent mal et laissent l'organisme s'empoisonner lentement.

Comme l'a dit le professeur Pierret (1), les arthritiques sont des individus qui font de la mauvaise

1. Pierret. Congrès de méd. mentale. Paris, 1889.

chimie et qui de plus sont soumis à des intoxications secondaires.

L'arthritisme peut être simplement le terrain sur lequel vient se greffer secondairement une cause d'intoxication : syphilis, alcoolisme, saturnisme.

Dans certains cas, très rares, il est vrai, l'arthritisme paraît à lui seul capable de créer une paralysie générale dont les caractères particuliers seraient : forme hypochondriaque au début, absence de mégalomanie et d'idées de satisfaction, rémissions fréquentes par flexions dérivatives, apparition hâtive des troubles moteurs, marche rapide (1).

D'après Lemoine, la paralysie générale arthritique se développerait de bonne heure et après une marche lente au début prendrait à la période d'état des allures très rapides. Les accidents apoplectiques seraient fréquents et se développeraient en séries ; l'incoordination motrice serait très marquée et l'impotence arriverait vite.

M. Charpentier admet également les allures rapides de la paralysie générale liée à l'arthritisme ; il insiste sur la fréquence de trois symptômes : othématômes ; fluxion articulaire indolente des genoux et des coudes, œdèmes de la région cervicale antérieure.

Ces deux auteurs ont insisté sur la fréquence de la diathèse arthritique chez les paralytiques ou leurs ascendants. Pour Lemoine, l'arthritisme jouerait le princi-

1. Huyghe. *Loc. cit.*

pal rôle dans la production de la paralysie générale en provoquant de fréquentes poussées congestives au cerveau. La syphilis n'agirait qu'à la condition d'évoluer sur un arthritique. Charpentier admet que dans un certain nombre de cas, la paralysie générale est due à une intoxication d'origine interne (auto-intoxication, goutte, diabète, arthritisme, suralimentation carnée). La cellule cérébrale intoxiquée déterminerait l'irritation et la prolifération du tissu interstitiel.

Enfin M. Pierret accorde aussi une place importante dans l'étiologie aux troubles de nutrition des arthritiques (intoxications secondaires). On est autorisé à considérer les maladies par ralentissement de la nutrition comme agissant par un mécanisme analogue à celui des auto-intoxications. Ce qui caractérise en effet ces affections, c'est un trouble des mutations nutritives, la présence dans le sang de produits anormaux (uricémie), qui peuvent chez certains sujets plus vulnérables, altérer gravement la nutrition de l'écorce cérébrale (1).

Mais c'est surtout aux travaux si documentés de M. Klippel qu'il faut nous adresser.

Nous trouvons dans une monographie, intitulée à dessein : *Les paralysies générales progressives*, parue en 1898, les notions les plus précises sur le point qui nous intéresse.

Le syndrôme clinique de la paralysie générale est

1. Pierret, d'après Raymond et Sérieux. *In Brouardel et Gilbert.*

commun à des maladies différentes : il y a en ce sens *des* paralysies générales.

Trois groupes principaux peuvent répondre à l'ensemble des cas :

1° La paralysie générale inflammatoire, primitive ; c'est la forme classique, et la plus nette de la maladie, celle que Bayle a voulu isoler ;

2° Les paralysies générales secondaires ou associées à d'autres lésions sur lesquelles vient se greffer secondairement le processus inflammatoire de la forme précédente ;

3° Les paralysies générales dégénératives et parfois à lésions spécifiques.

Ce dernier groupe, très vaste, comprend les cas d'alcoolisme avec syndrôme paralytique et de syphilis avec lésions scléro-gommeuses de l'encéphale, que les auteurs français ont isolés de la forme commune sous le nom de pseudo-paralysies générales.

Nous-même avons employé le terme *de pseudo-paralysie générale arthritique* en démontrant que l'athéromasie cérébrale, dans des conditions spéciales et rares relativement à la fréquence de l'athérôme cérébral, créait la symptomatologie de la paralysie générale avec une netteté qui jusqu'alors n'avait pas permis de distinguer entre ces deux formes, bien qu'elles répondissent à des maladies et à des lésions absolument différentes.

Ces maladies s'accompagnent néanmoins du syndrôme paralytique au point de motiver un diagnostic des plus délicats et qu'on ne chercherait nullement

à établir si l'on ne faisait la part de ces variétés (1).

Cette pseudo-paralysie générale arthritique a ses lésions bien spéciales.

« Dans un mémoire publié en 1892 (2), nous avons cherché à démontrer qu'en dehors de toute méningo-encéphalite chez les arthritiques athéromateux, la dégénérescence diffuse des capillaires et des éléments nerveux de l'écorce, très habituellement accompagnée d'ailleurs d'athéromasie des vaisseaux de la base de l'encéphale, pouvait prendre en clinique l'aspect de la paralysie générale au point de la faire confondre avec cette maladie.

La diathèse arthritique qui produit l'athérôme des artères de la base du cerveau a en effet des localisations des plus diffuses et simultanées sur les capillaires de l'encéphale. Sauf exception, il n'y a aucun foyer de ramollissement, ce qui distingue ces cas de la démence sénile de Marcé. De plus le tableau clinique de la paralysie générale est présent, et il est d'autant plus complet que la maladie évolue avant la vieillesse.

Partout dans l'encéphale les capillaires sont en dégénérescence graisseuse et granulo-pigmentaire. Les éléments nobles de l'écorce (cellules nerveuses) sont dégénérés et atrophiés sous une forme qu'on ne voit pas dans la paralysie générale inflammatoire.

A l'exception des petits foyers de ramollissement,

1. Klippel. *Les paralysies générales progressives*, 1898.
2. *Ibid.*, *Revue de médecine*, 1892.

quand ils existent, il n'y a nulle part la moindre trace de diapédèse inflammatoire.

Enfin le système artériel est souvent lésé dans son ensemble, ce qui distingue encore cette variété et facilite le diagnostic ».

Ces lésions sont analogues à celles d'autres arthritiques n'ayant pas présenté le syndrôme paralytique. Comment expliquer que des lésions identiques aient déterminé des symptômes morbides différents?

On doit invoquer ici des processus auto-toxiques et auto-infectieux venus se greffer sur un cerveau préalablement altéré.

Et les rémissions que l'on constate ne seraient pas dues à une rétrocession des lésions cérébrales fondamentales, mais seulement à l'atténuation du processus auto-infectieux ou auto-toxique surajouté.

« Un paralytique général approche de la soixantaine ; il a les artères radiales et humérales, dures et flexueuses, les artères sous-clavières sont soulevées, l'aorte est dilatée ; il y a un souffle rude à la base du cœur, le cœur lui-même est hypertrophié, une sclérose plus ou moins prononcée du rein s'accuse par des signes spéciaux ; la peau est sèche et pâle avec varicosités ; le malade est complétement apyrétique ; en un mot tous les signes de l'artério-sclérose généralisée sont présents. On remarque aussi que l'âge du malade est un peu plus avancé que celui où débute très habituellement la paralysie générale des autres groupes. Un tel malade est atteint d'artério-sclérose cérébrale et non d'encéphalite inflammatoire. Est-il

nécessaire d'ajouter encore que dans les antécédents d'un tel malade on pourra rencontrer *toutes les manifestations de l'arthritisme* (1). »

En résumé, tout malade présentant les signes de paralysie générale, s'il est nettement artério-scléreux, tuberculeux, auto-intoxiqué, doit pour le moins être soupçonné de rentrer dans le cadre des pseudo-paralytiques.

Dans les cas qui nous occupent, nous dirons: *tout paralytique général présentant des manifestations incontestables d'arthritisme et près de la soixantaine, peut être rangé dans la classe des pseudo-paralytiques arthritiques.*

Nous avons voulu longuement exposer les opinions émises sur l'arthritisme dans la paralysie générale. Nous l'avons fait, à dessein, pour montrer que nombre d'auteurs et parmi eux les plus autorisés, croyaient pouvoir admettre dans quelques cas l'arthritisme comme cause prédisposante de la paralysie générale.

Notre travail vient apporter une faible contribution à ces théories. Nous rapportons cinq cas de rétraction de l'aponévrose chez des paralytiques généraux. De ces cinq observations, trois sont muettes sur les tares arthritiques. Mais les deux autres renferment les détails les plus circonstanciés.

Nous ne nous occuperons que de celles-là.

Voilà deux malades, âgés l'un de 56 ans, l'autre de

1. Pseudo-paralysie générale arthritique, *loc. cit.*

51 ans, tous les deux avec des antécédents arthritiques chargés et présentant les symptômes les plus évidents de leur diathèse, y compris la rétraction de l'aponévrose palmaire.

Tous les deux nient absolument avoir contracté la syphilis. L'un (obs. I) n'en présente aucun reliquat ; l'autre (obs. IV) proteste avec énergie : on ne lui en trouve aucune trace, il a de plus deux filles mariées, et bien portantes.

Ces deux malades sont paralytiques généraux. Comment faut-il interpréter leur cas ? Comment faut-il lire leur histoire clinique et dans quel ordre doit-on enchaîner les faits ?

Chemin faisant dans ce modeste travail nous avons amassé des connaissances, qui nous permettent, peut-être, de répondre en serrant de plus près la vérité.

Ces deux malades sont des arthritiques avérés, et cette diathèse s'est traduite successivement par des manifestations différentes. Ils ont eu de l'eczéma, des varices, des migraines, des poussées de congestion pulmonaire, de la constipation, de la rétraction de l'aponévrose palmaire et enfin de la paralysie générale.

Cette paralysie générale rentrerait probablement dans le cadre des pseudo-paralysies générales décrites par Klippel. Nous n'avons pu suivre suffisamment notre malade, pour pouvoir enregistrer les particularités de son affection, et nous ne pouvons donner aucune affirmation sur ce point.

Ce que nous pouvons dire, c'est que les malades qui ont à la fois de la rétraction palmaire et de la

paralysie générale sont vraisemblablement des arthritiques ; que leur rétraction est arthritique et non nerveuse, et qu'il n'est pas impossible que leur méningo-encéphalite soit également une manifestation de la diathèse arthritique.

OBSERVATION I (Personnelle).

T..., âgé de 51 ans, nous est amené par un de ses amis ; son entourage est inquiet depuis quelque temps des excentricités du malade ;

T... est comptable depuis sa jeunesse.

A fait à l'âge de 20 ans une fièvre typhoïde.

Il ne se souvient d'aucune autre maladie. Il nie en particulier avoir contracté la syphilis ainsi que la blennhorragie.

Dans ses antécédents héréditaires rien à signaler.

Père mort à 73 ans de vieillesse.

Mère décédée à 91 ans.

A eu deux frères et deux sœurs.

Un frère est mort subitement, l'autre est bien portant.

Une sœur morte hydropique ; l'autre déjà âgée, très bien portante.

Chez aucun d'eux notre malade dit n'avoir remarqué quoi que ce soit rappelant l'infirmité dont il est affligé, et pour laquelle il ne vient point consulter.

Marié lui-même, il a eu 4 enfants tous vivants actuellement et bien portants.

De nationalité belge, il habite la France depuis 12 ans.

Il proteste contre toute habitude d'éthylisme ; mais cette affirmation est controuvée.

Nous avons su depuis qu'il lui arrivait fréquemment de rentrer ivre. Une fois même il serait tombé chez lui.

Ivre, il se met en colère, ne se possède plus, crie, fait des menaces.

On nous l'amène pour des troubles mentaux manifestes.

Il raconte être victime des vengeances de sa femme qui, à son dire, se grise et le trompe. Elle veut se débarrasser de lui ; mais il restera chez lui ou se suicidera.

Il ne paraît pas avoir d'interprétations délirantes au sens propre du mot ; cependant il est content de sa santé ; interrogé sur sa profession il répond qu'elle est *très lucrative*. Il assure qu'il n'est pas inquiet pour plus tard, car suivant son expression, il « a de quoi vivre ».

La mémoire paraît bien conservée sur les points essentiels aussi bien récents qu'éloignés.

Dans son récit, en dehors d'une certaine lenteur dans la conception, on constate un embarras très accentué de la parole ; et accusé encore davantage par les mots d'épreuve : « artilleur d'artillerie, etc., etc., », on note des accrocs, de l'achoppement, répétition ou suppression de syllabes, etc...

On nous dit que cet embarras ne daterait que de trois mois environ.

La langue a peu de tremblement en masse, mais présente du tremblement fibrillaire très net.

Un peu d'inégalité pupillaire avec dilatation légère à gauche.

Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Pas de nystagmus.

La marche est régulière, sans défaillance ; les réflexes rotuliens sensiblement exagérés.

On remarque le signe du cubital : analgésie à la pression dans la gouttière épitrochléenne.

La sensibilité générale n'est pas modifiée.

Pas de pituite matinale ;

Pas de cauchemars terrifiants.

Nous portons le diagnostic de paralysie générale au début.

De plus, et c'est là le point particulier qui nous intéresse, T... présente une *rétraction bilatérale de l'aponévrose palmaire.*

Le début de cette affection ne serait pas le même pour les deux mains.

La main droite aurait été la première frappée, il y a quatre ans. La main gauche il y a deux ans seulement.

La première chose qui ait attiré l'attention du malade est la rétraction lente de l'annulaire droit qui s'est peu à peu fléchi vers la paume ; puis le cinquième doigt n'a pas tardé à suivre.

A la main gauche la marche aurait été identique : début de la rétraction par l'annulaire, suivie bientôt de celle du cinquième doigt.

Les souvenirs du malade ne sont point assez précis pour savoir si cette rétraction a été précédée d'autres troubles tels que : dépression de la peau en godet, adhérence de la peau et de l'aponévrose, etc...

Actuellement les deux mains paraissent symétriquememen atteintes ; toutes les deux offrent un aspect identique caractérisé par : flexion jusque dans la paume du quatrième et du cinquième doigts, comprenant la flexion de la première phalange sur le métacarpien ; de la deuxième phalange sur la première, mais avec extension de la phalangette sur la deuxième. Il est impossible de faire disparaître cette attitude par le redressement : on sent alors une forte bride soulever la peau et allant s'insérer à la racine de chacun des doigts fléchis.

Le pli répondant à la flexion des trois derniers doigts est très creux et présente quelques dépressions en godet. La peau est très adhérente à l'aponévrose sous-jacente.

Telles sont les lésions semblables que l'on trouve à droite et à gauche.

D'autre part, *à droite, le médius* commence à se fléchir : l'exten-

sion totale est impossible et surtout quand on redresse le doigt on sent dans la paume une corde fibreuse se soulever, se tendre, dont l'extrémité inférieure se perd en se fixant à la racine du médius. L'index et le pouce sont libres et possèdent intacts leurs mouvements.

A gauche, l'affection qui a débuté deux ans plus tard paraît avoir progressé beaucoup plus rapidement.

Il y a d'abord un placard fibreux, beaucoup plus large, plus dur, plus adhérent, siégeant vers le bord cubital de la main sous le quatrième et le cinquième doigts fléchis, avec également adhérences de la peau sur une plus large surface.

Le médius a une flexion qui déjà est amorcée et appréciable par l'extension provoquée.

L'index est libre, mais le pouce est pris : il est impossible de mettre le pouce en abduction. L'angle qui existe normalement dans l'abduction forcée entre le pouce et l'index est très diminué : à peine peut-on écarter le pouce du deuxième métacarpien ; et dans cette manœuvre on voit alors se dessiner une corde fibreuse en relief sous la peau, dirigée horizontalement du milieu de la paume à la base du pouce, grosse comme une plume d'oie et qui limite immédiatement le mouvement. Sur le trajet de cette saillie aponévrotique, la peau est fixée par des tractus avec les plans profonds.

Questionné à plusieurs reprises, le malade a raconté l'histoire clinique de cette maladie d'une façon toujours identique. Elle aurait eu une marche régulièrement lente et progressive sans douleurs.

Il n'y a jamais eu de traumatismes locaux, ni de manifestations rhumatismales.

La verge est normale, sans nodules fibreux des corps caverneux.

L'aponévrose plantaire ne présente aucune trace appréciable d'induration, d'épaississement, ou de rétraction.

Pas d'autres troubles trophiques.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Les grands appareils sont sains.

Il y a des signes d'artério-sclérose manifestes.

Le malade accuse de fréquentes névralgies faciales.

Il porte une plaque d'eczéma à la face interne de la jambe droite de la dimension d'une pièce de 2 francs.

Il est légèrement variqueux.

Nous avons perdu de vue ce malade, et nous avons appris depuis qu'il avait été enfermé dans une maison de santé spéciale où on avait porté le diagnostic ferme de paralysie générale.

OBSERVATION II (Féré et Mlle Francillon) (1).

Paralysie générale progressive. — Rétraction de l'aponévrose palmaire prédominant à droite.

L..., âgé de 45 ans, maçon, entré à Bicêtre 21 fév. 1901.

Les accidents remontent à quelques mois seulement.

Cependant il est déjà très amaigri; il pèse 46 k. 50. Sa taille est de 1 m. 60. Sa mémoire est encore assez bonne en ce qui concerne l'état de ses mains. Au reste sa femme connaissait ses antécédents à cet égard et confirme son dire.

L... présente une rétraction double et symétrique.

Il pense en être atteint depuis 20 ans. Il exerça avant d'aller au régiment la profession de garçon coiffeur. Depuis il a travaillé la terre, puis il a exercé le métier de maçon et c'est alors que la rétraction de l'aponévrose palmaire a commencé. Elle a augmenté régulièrement depuis cette époque. La main droite est la plus

1. Féré, Francillon. *Revue de médecine*, juin 1902.

atteinte. Le pli palmaire inférieur est élargi épaissi et profondément creusé. La peau, à ce niveau, adhère fortement aux plans profonds. Une ligne parallèle au pli de flexion des trois derniers doigts barre l'espace laissé libre entre ce pli et la base de la première phalange de l'annulaire. Cette ligne présente deux enfoncements en cul-de-poule dus à l'adhérence de la peau avec l'aponévrose sous-jacente. Une semblable dépression se trouve dans le voisinage des précédentes, mais plus près de la première phalange du quatrième doigt. Elle est située sur le trajet d'une bride fibreuse et noueuse qui s'étend de la base de l'annulaire jusqu'à l'éminence hypothénar coupant perpendiculairement les plis palmaires.

On sent au niveau du médius et de l'auriculaire deux brides analogues, mais beaucoup moins marquées. Elles émergent toutes deux du pli de flexion des trois derniers doigts.

Rien d'anormal sur les éminences thénar et hypothénar. A gauche le pli palmaire inférieur est également élargi dans toute son étendue ; en un point qui correspond à l'annulaire il existe une forte dépression due à l'adhérence des téguments avec l'aponévrose palmaire.

Du placard fibreux, que l'on sent en ce point, descend un prolongement vers la racine de l'annulaire. Nous en trouvons un semblable à droite, seulement, étendu du pli palmaire inférieur à la racine de l'index.

OBSERVATION III

(Féré-Francillon) (1).

Paralysie générale progressive. Rétraction de l'aponévrose palmaire prédominant à gauche.

H..., employé de commerce, 37 ans, est atteint de paralysie générale. Il est entré à Bicêtre le 18 janvier 1900, à la suite de plusieurs attaques apoplectiformes : il était très affaibli.

Il s'est remonté en peu de temps et a travaillé au chantier de bois pendant plusieurs mois, tout en conservant les troubles oculo-pupillaires, le tremblement, un peu d'embarras de la parole, des lacunes de la mémoire. Il s'est arrêté de travailler depuis quelques semaines, l'intelligence et les forces ayant considérablement diminué ; mais il n'existe encore aucun trouble trophique.

On a constaté, dès l'entrée, l'existence de la rétraction de l'aponévrose palmaire à gauche. Il l'ignorait complètement. Actuellement il est convaincu qu'elle s'est développée comme celle de la main droite depuis qu'il travaille au chantier. La main droite présente une induration du pli de flexion des trois derniers doigts. Au niveau de l'annulaire ce pli adhère fortement aux plans profonds ; un prolongement fibreux, parti de ce point adhérent, gagne la base de l'annulaire ; mais le doigt s'étend complétement sur son métacarpien. Un prolongement fibreux qui fait

1. Féré et Francillon, *Revue de médecine*, juin 1902.

suite au précédent gagne le pli de flexion des quatre derniers doigts.

Au niveau du médius, mêmes lésions. Il y a une bride fibreuse étendue de la base du médius au centre de la paume de la main. Cette bride fibreuse est bien visible dans l'extension. Nous sentons également un prolongement fibreux parti du pli de flexion des trois derniers doigts et gagnant la base du cinquième doigt.

Les lésions sont plus marquées du côté gauche. Le pli de flexion est creux, induré et élargi dans toute son étendue. Il existe en outre une dépression très nette au niveau de l'annulaire.

La peau est déprimée en un godet à bords saillants et indurés ; un épaississement fibreux occupe l'espace compris entre les plis de flexion des trois derniers et des quatre derniers doigts.

Une bride fibreuse s'étend de la base de l'annulaire jusqu'à l'éminence hypothénar. Le reste de la paume de la main ne présente rien d'anormal.

Sa taille est de 1 m. 72.

Son poids de 63 kilogrammes.

Carpus curvus bilatéral.

OBSERVATION IV (Régis : *Gaz. méd.* Paris 1887).

Paralysie générale progressive classique avec démence ambitieuse Arthritisme chez les ascendants. Arthritisme et maladie de Dupuytren chez le frère. Arthritisme et maladie de Dupuytren chez le malade. Syphilis ?? Coexistence et fusion, dans les crises congestives, des manifestations de l'arthritisme et de la paralysie générale.

M. R..., 56 ans, courtier en vins, dégustateur, est admis au mois de juin 1885 dans la maison de santé. Il présente tous les

symptômes d'une paralysie générale progressive : affaiblissement intellectuel, inconscience, excitation, délire des grandeurs absurde et incohérent ; inégalité des pupilles, tremblements fibrillaires, embarras de la parole, parésie musculaire commençante.

Je constate chez lui entre autres choses l'existence dans la paume de la main droite de brides saillantes qui ont assez fortement rétracté l'annulaire. Ces brides qui datent d'une dizaine d'années sont très limitées, et depuis longtemps n'ont subi aucune modification appréciable. Elles sont constituées par une adhérence très nette entre la peau et l'aponévrose sur la longueur du quatrième métacarpien. C'est comme une espèce de cordon dur, noueux, légèrement bosselé en raison des inégalités que présente l'adhérence en ses divers points. Sur certains d'entre eux, en effet, la peau est plus profondément rétractée vers les tissus sous-jacents, d'où résultent de petites dépressions d'aspect ridé.

La dépression la plus apparente est située exactement au niveau du premier pli de flexion de la main et elle forme là comme un espèce de foramen ou de petit trou borgne.. La rétraction de l'annulaire est assez prononcée pour maintenir constamment le doigt dans une demi-flexion et pour empêcher son redressement, même lorsqu'on le tente avec effort. Les autres doigts sont parfaitement libres. La main gauche et les membres inférieurs sont indemnes d'altérations de ce genre.

Il s'agit bien là, comme on le voit, d'une rétraction de l'aponévrose palmaire ou maladie de Dupuytren. Je n'avais pas prêté tout d'abord grande attention à cette particularité, mais après avoir lu l'article de M. Amat, je m'y intéressai de plus près et j'essayai de reconstituer le mieux possible le passé du malade. Voici en substance les renseignements qui me furent fournis :

Le père de R.., est mort d'une attaque de paralysie à l'âge de 45 ans. Il était hémorrhoïdaire, arthritique, congestif.

La mère est vivante, elle est âgée actuellement de 84 ans.

La sœur est très bien portante.

Le frère est profondément arthritique. Il est sujet à des accès de goutte de forme habituellement viscérale, caractérisés surtout par de brusques poussées congestives vers les poumons. Fait intéressant à noter, il présente comme son frère une rétraction palmaire très apparente.

Quant au malade il a toujours été lui aussi d'un tempérament fortement arthritique. Il a eu, pendant longtemps, des hémorrhoïdes ; et, depuis de longues années, il souffrait d'une constipation tellement opiniâtre que c'était pour lui un véritable supplice d'aller à la garde-robe. Aussi avait-il pris l'habitude de s'aider d'un lavement d'eau froide tous les matins. On ne sait s'il a eu la syphilis, mais il l'a toujours nié. Il n'en porte du reste aucune trace et a deux filles mariées, très bien portantes. Bien que dégustateur de profession et buvant beaucoup, il n'a jamais présenté non plus aucun signe d'alcoolisme.

Il a eu sa première attaque de goutte en 1872, dans le pied droit. Depuis ce temps il en a eu d'autres à différentes reprises. C'étaient des crises subaiguës, durant de trois à quatre jours. Il était également sujet par intervalles à de grandes sueurs profuses du thorax, suivies de phénomenes de congestion viscérale et en particulier de congestion du poumon. Ces sueurs locales affectaient aussi parfois la paume des mains et le visage, surtout le nez qui est devenu peu à peu le siége d'une éruption acnéiforme tout à fait caractéristique.

En 1877, M. R... eut une paralysie de l'œil droit qui dura quelques mois et disparut toute seule sans traitement. En 1884, cette paralysie survint à nouveau, et le malade fut traité par M. le professeur Badal. Voici quelques indications sommaires que mon

éminent confrère a bien voulu relever pour moi sur ses notes de cette époque :

Depuis un mois, paralysie de la troisième paire droite, affectant toutes les branches, mais particulièrement celle du droit interne. Ptosis léger, mydriase. Cette paralysie est survenue sans cause connue et sans avoir été précédée de maux de tête. Contrariétés récentes. Quelques nodosités aux articulations phalangiennes. Pas de signes d'ataxie. Syphilis (??). Sous l'influence du traitement l'affection oculaire s'améliora mais sans guérir d'une façon complète, et plus tard, durant le cours de la paralysie générale, le strabisme reparut à chaque crise congestive.

Les premiers signes de méningo-encéphalite se manifestèrent vers la fin de l'année 1884. Au bout de quelques mois ils avaient fait de tels progrès que l'internement du malade fut jugé nécessaire.

La paralysie générale suivit une marche normale, et M. R..., mourut chez lui d'accidents intestinaux au mois de novembre 1886.

Durant son séjour dans la maison de santé il fut pris à différents intervalles d'attaques apoplectiformes. Ces attaques qui au point de vue des caractères cliniques ne différaient en rien de celles qu'on observe communément dans la paralysie générale s'accompagnaient cependant de certains phénomènes particuliers. Ainsi chaque fois qu'elles éclatèrent elles furent précédées comme d'un prodrôme par une transpiration extrêmement abondante au niveau de la poitrine, transpiration telle que le linge et les vêtements du malade étaient comme trempés dans l'eau. En outre dans chaque attaque, véritable état de mal, comprenant jusqu'à 30 et 40 reprises d'accès ; les convulsions furent toujours exclusivement localisées dans le côté droit particulièrement dans le membre supérieur. L'ictus passé le malade restait pendant quelques jours paraphasique et son écriture dont j'ai conservé des spéci-

mens offrait les mêmes caractères que celle du sujet dont j'ai récemment publié l'observation (*Gaz. méd. de Paris*, 1885). Enfin régulièrement après chacune de ses attaques il était pris de congestion pulmonaire plus ou moins intense avec toux et sueurs profuses. Une fois même les crises épileptiformes manquèrent et le malade ne présenta de cet ensemble symptômatique que la transpiration excessive du début et la congestion pulmonaire terminale.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M. le Dr Vigouroux, médecin en chef à l'asile de Vaucluse.

F..., 48 ans, sellier, est transféré le 10 novembre 1902.

Il arrive avec le certificat suivant :

« Atteinte des facultés mentales. Idées de satisfaction.

« Conscience très incomplète de sa situation. Inégalité pupillaire, quelques accrocs de la parole. Paralysie générale probable ».

(Magnan, 13 mai 1902).

A son entrée, le certificat de 24 heures est établi par le Dr Vigouroux :

« F... est atteint de paralysie générale avec affaiblissement intellectuel. Inconscience de sa situation et indifférence absolue. Pupilles inégales. Réflexes pupillaires abolis. Parole traînante et légèrement embarrassée. Langue trémulante, réflexes patellaires exagérés ».

Vigouroux.

F..., présente une rétraction de l'aponévrose palmaire à droite où le petit doigt est presque complétement fléchi.

Rien à gauche.

CONCLUSIONS

1° La maladie de Dupuytren peut reconnaître trois causes : traumatiques, dystrophiques, nerveuses ;

2° La maladie de Dupuytren peut se rencontrer chez les paralytiques généraux ;

3° Sa fréquence est différente pour les auteurs 5,16 p. 100 (Féré et Mlle Francillon), 3 p. 1000 environ d'après notre enquête (Christian, Régis, Vigouroux, Vernet, Nolé) ;

4° La maladie de Dupuytren chez un paralytique général est toujours antérieure comme apparition à la méningo-encéphalite ;

5° La maladie de Dupuytren chez un paralytique général n'est pas toujours bilatérale et symétrique ;

6° Les deux arguments de bilatéralité et de symétrie donnés en faveur d'une altération trophique nerveuse ne sont donc pas absolus ;

7° Les paralytiques généraux atteints de maladie de Dupuytren sont des arthritiques avérés ;

8° La maladie de Dupuytren est chez eux indépendante de la paralysie générale. Elle est contemporaine simplement ;

9° La maladie de Dupuytren est chez les paralytiques généraux une manifestation banale d'arthritisme ;

10° Il y a chez ces malades, qui sont avant tout arthritiques, une double manifestation de leur diathèse : d'abord rétraction, puis plus tard paralysie générale ;

11° En effet, on peut admettre avec nombre d'auteurs qu'il existe des cas où le syndrôme paralysie générale peut être réalisé par l'arthritisme (pseudo-paralysie générale arthritique. Klippel).

12° Les deux observations de M. Régis et la nôtre semblent être une preuve de cette hypothèse.

Vu : le Président de la thèse,
JOFFROY

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

Tichet 5

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AMAT. — Gaz. méd. Paris, 1886.

ARNAUD. — Congrès des médecins aliénistes. Toulouse, 1897.

ABBE. — New-York, med. journal, 1884.

BRAUN. — Centralblatt chirurg., 1878.

BERGER. — Académie de médecine, 20 avril 1892.

— Revue internationale, méd. chirurg., 1900.

BERTRAND. — Thèse Nancy, 1894.

BROUARDEL ET GILBERT. — Art. Paralysie générale. Raymond et Sérieux. T. IX.

BOUILLY. — IV agrégés. T. IV. Rétraction aponévrose palmaire.

BONNET. — Troubles trophiques de la paralysie générale. Gaz. hebd.. 1882.

BALLET. — Traité de Charcot-Bouchard.

BERG. — Archivia di orthopedia, 1896.

BIEGANSKI. — Deutsch med. Wochenschr., 1895.

CARDARELLI. — Cité d'après la Semaine méd., 1896.

COSTILHES. — Thèse Paris, 1885.

COLOLIAN. — Archives de neurologie, 1898

CHEVROT. — Thèse Paris, 1882.

CHRISTIAN ET RITTI. — Paralysie générale. Dict. Dechambre.

DECHAMBRE. — Dict. encyclopédique. Rétraction aponévrotique palmaire.

DURANTE. — Troubles troph. de la paralysie générale. Gaz. hebd., 1894.

DEBOVE ET ACHARD. — Paralysie générale. Manuel méd. Huet.

DIEULAFOY. — Manuel pathologie interne.

DÉJERINE. — Paralysie générale. Archives de physiologie, 1876.

DREYFUS-BRISSAC. — Thèse.

FASQUELLE. — Thèse Lyon, 1892.

FÉRÉ. — Revue de chirurgie, 1897.

— Revue de chirurgie, 1899.

FÉRÉ. — La famille névropathique, 1894

— Malformation et prédisposition morbide, 1896.

FÉRÉ et Mlle FRANCILLON. — Revue de méd., 1902.

FEINDEL. — Revue de neurologie, 1896.

GUINEBAULT. — Thèse Paris, 1897.

GUÉRARD. — Thèse Bordeaux, 1903.

HEDGES. — St.-Bartholomew's. hosp. Reports, 1897.

HUYGHE. — Thèse Paris, 1890.

HÉRISSEY. — Thèse Paris, 1902.

KLIPPEL. — La pseudo-paralysie générale arthritique. Arch. de méd. expérimentale. 1894.

— Les paralysies générales progressives, 1898.

KIRMISSON. — Traité de chirurgie. Duplay, Reclus. Rétract, apon. palm.

LANCEREAUX. — Herpétisme.

LEGENDRE. — Arthritisme, in Charcot-Bouchard, t. I.

MADELUNG. — Berlin-Klin. Wochenschr, 19 avril 1875

MANGIAVILLA. — Riformia medica, 1897.

MAGNAN et SERIEUX. — Paralysie générale.

MARÉCHAL. — J. de neurologie, 1899.

MENJAUD. — Thèse Paris, 1861.

MAUCLAIRE. — *In* Traité Le Dentu, Delbet.

MORER. — Tr. trophiques initiaux de la paralys. générale. Thèse, 1883.

NOBLE SMITH. — *In* article Pl. Mauclaire, *loc. cit.*

PIERRET. — Congrès méd. mental, Paris, 1889.

QUENEUDEC. — Th. Bordeaux, 1891.

RÉGIS. — Traité de la paralysie générale.

— Mémoire pour le prix Esquirol, 1878.

— Gaz. méd. de Paris, 1887.

RAMADIER. — Troubles trop. paralysie générale. Th. Paris, 1884.

ROQUES DE FURSAC. — Th. Paris, 1892.

SOUZA-LEITE. — Progrès médical, 1886.

SEVESTRE. — Journal Physiologie et anatomie, mai 1867.

VIGER. — Th. Paris, 1884.

Impr. de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.